

# LES SOINS AU CTAH

## Le bilan neuropsychiatrique

Le bilan neuropsychiatrique est un dépistage systématique de plus de 20 syndromes différents au cours d'un entretien d'une heure avec un psychologue clinicien ou un psychologue neuropsychologue. Il permet, à l'aide de questionnaires et d'une exploration passée et actuelle de vos troubles, de poser le diagnostic le plus fiable et orienter le choix du traitement médicamenteux le plus adapté à votre pathologie, ainsi que l'orientation spécifique de votre psychothérapie.

Ce bilan repose sur des outils validés par la communauté scientifique internationale et est construit pour approcher les symptômes sous les angles complémentaires du vécu de la maladie, son évolution, les manifestations de l'anxiété, de l'humeur, le tempérament, l'histoire familiale et les réactions sous traitements.

Le but est de comprendre la maladie, son fonctionnement, les pensées qui sous-tendent les troubles, le but des comportements, les cibles de la peur et éviter les erreurs de diagnostic par manque d'informations ou une mauvaise compréhension du trouble.

Une copie de ce bilan peut vous être donnée le jour où vous rencontrez le psychiatre expert afin que vous gardiez une trace de cette exploration ainsi qu'un diagnostic clair et écrit. Il est en effet important que vous ayez connaissance de votre pathologie

## Le Traitement chimio thérapeutique

Le Traitement chimio thérapeutique fait suite au bilan neuropsychiatrique. Il est proposé et discuté activement lors d'un rendez-vous avec un médecin psychiatre expert international des troubles anxieux et de l'humeur. Ce traitement est construit sur les informations du bilan neuropsychiatrique ainsi que sur une expertise secondaire, et est ciblé spécifiquement sur votre trouble. Il prend en compte la réponse du patient aux anciens traitements, les symptômes d'anxiété, d'humeur, le tempérament de base. Ce suivi chimio thérapeutique est renouvelé tous les mois, ou les deux mois, afin d'adapter le traitement, le modifier, pour assurer le confort optimal du patient et l'évolution la plus efficace en psychothérapie. Le but n'est surtout pas d'anesthésier ou endormir le patient mais au contraire de renforcer ses aptitudes à combattre le trouble en thérapie.

## Les psychothérapies

Les psychothérapies sont accessibles après le bilan neuropsychiatrique et le suivi médicamenteux. Elles sont menées par un psychologue clinicien psychothérapeute expert dans les troubles anxieux et de l'humeur, et reposent sur l'application des TCC (Thérapies Cognitives et Comportementales). Ces techniques ont en effet montré leur efficacité et leur rapidité dans la prise en charge de nombreux troubles et cas résistants.

Le Centre des Troubles Anxieux et de l'Humeur propose des prises en charges psychothérapeutiques spécialisées dans les pathologies suivantes :

- Les Troubles Obsessionnels Compulsifs (T.O.C.) simples, résistants et TOC Cyclothymiques de l'adulte et de l'enfant
- Les Phobies Sociales et l’Affirmation de soi de l’adulte et de l’enfant
- Les Troubles Bipolaires II ½ (Trouble Cyclothymique) de l'adolescent et l'adulte
- La Bipolarité Juvénile.

### **Thérapies comportementales et cognitives du TOC**

Ce suivi thérapeutique est mené en individuel et dure entre 10 et 20 séances. Le rythme des séances est d'une heure par semaine, ou tous les 15 jours selon la sévérité des symptômes et les disponibilités du patient. Il est adressé aux personnes souffrant de TOC, TOC résistants, TOC cyclothymiques (avec variations d'humeur, impulsivité ou auto mutilations). Pour les personnes présentant des soucis pour se déplacer, ou travaillant, il peut être décidé que certaines séances pourront être faites par téléphone. Des protocoles ont été adaptés spécifiquement pour les enfants et les adolescents.

L'objectif de ce suivi individuel est une amélioration d'au moins 80 % des troubles.

La thérapie est interactive, dynamique, et porte sur une compréhension complète du mécanisme du TOC : comment fonctionnent les obsessions et les rituels, comment ils se renforcent, quelle est la place du risque, du doute, les cibles de la peur, pourquoi vous lavez, vérifiez, comptez, évitez, contrôlez ... La thérapie permet de mettre en lumière la place du doute dans le mécanisme du TOC, et son impact redoutable sur les pensées et les comportements.

Suite aux explications approfondies des mécanismes du TOC, le suivi s'engage sur les exercices. Plusieurs techniques sont utilisées : l'exposition consiste à se confronter avec son thérapeute aux situations qui font peur, le plus souvent en regardant le thérapeute faire puis en répétant les actes après lui. Ces confrontations sont décidées à l'avance, ne sont pas imposées sans l'accord du patient et sont progressives dans le temps. Le pourquoi et le comment des exercices sont toujours expliqués et sont en rapport étroit avec le mécanisme du TOC. Ces exercices sont en suite continués tous les jours entre les séances pour entraîner une habitude, une diminution de la peur et permettre, à force de répétition, la consolidation d'un comportement plus adapté. Cette consolidation dépend donc de la motivation du patient et de son observance de ce qui a été décidé avec son thérapeute d'une séance à l'autre.

Parallèlement à l'exposition, le patient et son thérapeute font de la restructuration cognitive qui consiste à analyser avant et après les exercices les interprétations et les scénarios catastrophes qui déforment la réalité. Quels sont les risques réels (qui ne sont jamais arrivés d'ailleurs), sur quoi je base mes idées, comment font les autres, quelle est la probabilité que ceci ou cela arrive, est ce que je lave pour diminuer un risque réel ou juste pour me calmer, ... en fait toutes les idées et peurs qui font que le patient lave, vérifie, évite, compte ou ressasse. Ce travail est donc centré sur l'interprétation et la peur.

Le but de la thérapie est d'apprendre à accepter l'incertitude, l'imperfection, le risque, et se rendre compte au fur et à mesure des exercices que l'anxiété diminue d'elle-même si

elle n'est pas renforcée par des rituels.

Exemple de thérapie des TOC : un homme de 25 ans a peur d'écraser les gens en voiture. Il revient donc très souvent sur ses pas, vérifie dans le rétroviseur, conduit sans musique pour être sûr d'entendre l'impact d'un corps sur la carrosserie ou un cri. Quand il retourne sur ses pas, il peut faire plusieurs fois le même chemin en boucle afin d'être bien sûr d'avoir bien vu. Le mécanisme du TOC étant complexe, il se rend compte après coup que plus il tourne en rond en voiture, plus il risque de tuer quelqu'un d'un tour sur l'autre. Donc son rituel peut tuer encore plus de monde que s'il allait tout droit sans vérifier.

En restructuration cognitive, patient et thérapeute discutent du bruit que peut faire un corps sur lequel on roule, de l'impact sur la voiture. Puis ils comparent avec ce que cela fait de rouler sur un dos d'âne (et par extension de ce que cela ferait réellement de rouler sur un corps), des angles morts dans une voiture. Ils parlent de la place du doute dans tout cela, est-ce que l'on voit bien, comment peut-on mal voir. Ils se posent la question que comme par hasard le patient croit voir mal uniquement en voiture et pas ailleurs. Ils discutent du fait que douter et vérifier ne ressuscite pas le mort pour autant. Puis thérapeute et patient se quittent en gardant en tête que si on entend la pluie sur le pare brise, on entend bien évidemment un corps qui tombe sur la carrosserie de la voiture. Ils gardent aussi en tête le mécanisme du TOC : « Plus je vérifie plus je doute. Plus je doute plus j'ai des obsessions. Donc les rituels sont le fond du problème, et non pas le risque d'accident. »

Pour les expositions, le patient a accepté la première semaine de ne plus revenir sur ses pas car cela augmente le risque d'accident. La deuxième semaine, il accepte de regarder dans son rétroviseur uniquement pour doubler les autres voitures, car il sait que plus il regarde et plus il doute de ce qu'il voit. La troisième semaine, il accepte de conduire avec la radio en se disant que le bruit de la musique n'est pas suffisant pour couvrir un impact sur la voiture. « Après tout, même avec la musique, j'entends le bruit de la pluie... »

### **Thérapies comportementales et cognitives de la Phobie Sociale et de l’Affirmation de Soi**

Ce suivi thérapeutique est adressé aux personnes souffrant de Phobie Sociale ou souhaitant travailler sur l'affirmation de soi. Il est mené en individuel ou en groupe. En individuel, il dure entre 10 et 20 séances, à raison d'une heure par semaine, ou tous les 15 jours selon la sévérité des symptômes et les disponibilités du patient. En groupe, il dure 10 séances pour l’Affirmation de soi et 15 séances pour la Phobie Sociale, chacune de deux heures par semaine. Des protocoles ont été adaptés spécifiquement pour les enfants et les adolescents.

L'objectif de ce suivi individuel est une amélioration d'au moins 80 % des troubles. Le but de la thérapie est d'apprendre à combattre la peur en s'habituant à force de répétitions aux situations que l'on évite, jusqu'à ce qu'elles deviennent banales. Elle apprend à mieux parler, mieux répondre, demander, critiquer, refuser, accepter les critiques et y répondre. Elle porte autant sur le verbal que le comportemental.

La thérapie est interactive, dynamique, et porte sur une compréhension complète du

mécanisme de la Phobie Sociale et de la difficulté à s'affirmer, défendre ses droits et ses opinions : comment fonctionnent les peurs et les évitements, comment les évitements empêchent le patient de percevoir véritablement les situations et amplifient des peurs irrationnelles, quelle est la place du risque réel d'être mal jugé ou critiqué, quel est l'intérêt d'éviter, parler bas, faire des réponses courtes, quelle est la place de la passivité dans les interactions sociales ... La thérapie permet de mettre en lumière l'importance de la peur du jugement, des mauvaises interprétations dans le mécanisme de la Phobie Sociale et de l'Affirmation de soi, et en quoi cette peur empêche d'avoir des comportements actifs et volontaires de communication.

Suite aux explications approfondies des mécanismes de la Phobie Sociale, le suivi s'engage sur les exercices. Plusieurs techniques sont utilisées : l'exposition et l'entraînement aux compétences sociales consistent à se confronter avec son thérapeute aux situations qui font peur, celles où l'on redoute d'être mal jugé ou critiqué, le plus souvent en regardant le thérapeute faire puis en répétant les actes après lui, ou alors en jouant l'exercice au cabinet avec des jeux de rôles puis dans la rue. Ces exercices sont décidés à l'avance et ne sont pas imposés sans l'accord du patient. Elles sont toujours progressives dans le temps. Le pourquoi et le comment des exercices sont toujours expliqués et sont en rapport étroit avec le mécanisme de la Phobie Sociale ou de l'Affirmation de soi. Ces exercices sont en suite refaits tous les jours entre les séances pour entraîner une habitude, une diminution de la peur et permettre, à force de répétition, la consolidation d'un comportement plus adapté. Au final, c'est bien plus l'appréhension de la situation que la situation elle-même qui pose problème. Cette consolidation dépend donc de la motivation du patient et de son observance de ce qui a été décidé avec son thérapeute d'une séance à l'autre. Dans le cas de l'affirmation de soi, patient et thérapeute reprennent ensemble des conflits passés et les reprennent en jeux de rôles : comment faire pour maintenir son opinion, dire que l'on est pas d'accord, le tout en inversant souvent les rôles. Comment creuse t'on une critique, évite t'on l'agressivité, comment gère t'on l'impulsivité et la colère ?

Parallèlement à l'exposition, le patient et son thérapeute font de la restructuration cognitive qui consiste à analyser avant et après les exercices les interprétations et les scénarios catastrophes qui déforment la réalité. Quels sont les risques réels, sur quoi je base mes idées, comment font les autres, quelle est l'intentionnalité des gens, en quoi est ce grave de rougir ou bafouiller, quelle est la probabilité que ceci ou cela arrive, en quoi cela est grave d'être critiqué ou de déplaire, en quoi une démarche active est bien plus adaptée que l'attente anxieuse. Ce travail est donc centré sur l'ensemble des interprétations, des risques imaginaires et des scénarios de peur.

Exemple de thérapie de la Phobie Sociale : un adolescent de 17 ans a une peur massive de parler dans les magasins, demander quelque chose à un inconnu, de peur d'être mal jugé ou que l'on croit qu'il ordonne ou impose. Il regarde souvent le sol, parle bas, et préfère ne rien dire qu'essayer. Il répond aux questions sans détailler ses réponses, exprime peu ses émotions.

En thérapie, thérapeute et patient listent toutes les situations qui posent problème, qui sont dures. Ils discutent ensemble du besoin de plaire, de ne pas décevoir, de ne pas paraître impoli. Ils parlent de la nécessité de se lancer dans les conversations plutôt qu'attendre d'être bombardé de questions. En séances, toutes ces situations sont

reprises dans des jeux de rôles (demander, critiquer, être poli mais maintenir son opinion, lever la tête, parler fort) puis refaites dans la rue.

Dans la première semaine des exercices de cette thérapie, le patient a demandé des chocolats dans un magasin et les a faits changer. Entre deux séances, il a répété cet exercice 3 fois par jour. Dans une boulangerie, il demande une baguette, la fait changer pour une autre bien cuite. La semaine suivante, il demande des directions aux gens, avec un maximum de détails, il demande à une dame si elle n'a pas vu des extra terrestres ou des pingouins (peur du ridicule qui s'estompe après une demi heure). Dans un magasin de livres et de cds, il pose de nombreuses questions à un vendeur, quitte à l'embêter, comme s'il ne comprenait rien à la technologie. Quelques semaines après, thérapeute et patient vont dans le métro et parlent fort de sujets privés. Tous les exercices sont répétés jusqu'à ce que la peur retombe. A l'avant dernière séance, le thérapeute parle de masturbation dans un magasin pour le patient constate que les gens n'écoutent pas, ou s'ils écoutent, qu'ils n'ont pas de réaction particulière. A la dernière séance, le patient remonte un boulevard en parlant à un concombre qu'il tient dans ses bras, pour s'habituer au jugement négatif des patients et constater qu'au bout de 20 minutes la peur a disparu et que la situation devient amusante.

### **Thérapie individuelle du Trouble Cyclothymique**

Ce suivi thérapeutique est mené en individuel et dure entre 10 et 20 séances. Le rythme des séances est d'une heure par semaine, ou tous les 15 jours selon la sévérité des symptômes et les disponibilités du patient. Il est adressé aux personnes souffrant de Troubles Bipolaires II ½ ou trouble Cyclothymique (fluctuations de l'humeur, dépressions récurrentes, hypersensibilité à la critique). Pour les personnes présentant des soucis pour se déplacer, ou travaillant, il peut être décidé que certaines séances pourront être faites par téléphone.

L'objectif de ce suivi individuel est une amélioration d'au moins 80 % des troubles grâce à un programme spécifique ciblé sur chaque facette de la pathologie.

La thérapie est active et interactive, et basée sur la compréhension des symptômes et de leur impact au jour le jour. Elle repose donc essentiellement sur la motivation du patient, son observance des séances et son accord de bien suivre ce que son thérapeute et lui auront décidé d'une semaine sur l'autre.

Le travail consiste en 5 grands axes d'appréhension du trouble. La première partie porte sur la vision globale de la cyclothymie, comment elle fonctionne, ce qu'elle entraîne, sa définition, quelles sont ses multiples manifestations, afin que le patient soit le plus au courant possible du trouble dont il souffre. Être expert de sa pathologie est la meilleure façon de la contrôler.

La deuxième partie porte sur le repérage des variations d'humeur et de ce qui peut les entraîner ou les aggraver. Le patient est amené à découvrir son trouble sous de multiples facettes et reconnaître les symptômes, pensées, émotions et comportements de la dépression et de l'hypomanie. Le but est de les repérer pour mettre en place le plus vite possible des stratégies de stabilisation avant que l'état n'empire. La régulation du sommeil et l'hygiène de vie seront reprises.

Le troisième axe porte sur la prise de conscience des failles du patient cyclothymique : peur du rejet, souci de plaire, hypersensibilité à la critique, hypercontrôle, tester les limites, ..., et comprendre ce qui motive ces failles, leur impact sur les émotions, les comportements, les relations affectives, et leur conséquence dramatique dans les conduites à risque et les rechutes dépressives. Le travail le plus important de ce suivi thérapeutique portera donc sur cette dimension. Le patient échangera avec son thérapeute sur ses idées, ce qu'il fait, ce qui motive ce comportement plutôt qu'un autre. Le thérapeute, en retour, posera des questions logiques afin d'amener le patient à interroger et repenser ce qui sous-tend ses comportements et ses pensées. Nous sommes ici dans la compréhension des mécanismes, de comment le patient pense, fonctionne et légitime ce qu'il fait.

La quatrième partie porte sur les pensées automatiques, le repérage de filtres mentaux qui colorent les pensées d'une façon plutôt qu'une autre et entraînent de mauvaises prises de décision ou des comportements inadaptés. L'objectif de cette partie est de comprendre que bien souvent ce n'est pas la situation qui pose problème mais l'interprétation de cette situation. L'impulsivité est souvent due à ces filtres et des techniques de gestion de cette dernière sont proposées.

La cinquième partie porte sur l'apprentissage de techniques d'affirmation de soi et de gestion des relations interpersonnelles afin de mieux communiquer, savoir demander, critiquer, refuser et se faire comprendre, gérer les conflits grâce de jeux de rôles.

### **Psychoéducation de groupe du Trouble Cyclothymique**

Ce groupe thérapeutique, de 6 séances de 2 heures hebdomadaires, est dirigé par le Docteur Elie Hantouche et animé par deux psychologues cliniciens psychothérapeutes expérimentés dans la prise en charge des troubles bipolaires. Il est adressé aux personnes souffrant de Troubles Bipolaires II ½ ou trouble Cyclothymique (fluctuations de l'humeur, dépressions récurrentes, hypersensibilité à la critique).

L'objectif de ce suivi en groupe est de devenir expert de son trouble en quelques semaines, d'acquérir un maximum d'informations, de techniques, de comprendre les liens entre ce qui paraissait ne pas avoir de sens ou être des manifestations indépendantes les unes des autres. Le but clair de ce groupe est que comprendre la maladie revient à bien mieux la gérer au jour le jour.

Le groupe se veut actif et interactif, avec un maximum de participation de chacun des patients, encadrés par les conseils et éclairages des thérapeutes, afin de parler de sa pathologie, son vécu, échanger avec les autres participants, et comprendre les liens entre humeur, pensées, émotions, comportements, peur de l'abandon, impulsivité, ... L'interaction et la prise de parole sont donc les éléments vitaux de ce groupe.

Le travail consiste en 5 grands axes d'appréhension du trouble. La première partie porte sur la vision globale de la cyclothymie, comment elle fonctionne, ce qu'elle entraîne, sa définition, quelles sont ses multiples manifestations, afin que les patients soient le plus au courant possible du trouble dont ils souffrent. Les échanges entre patients et la comparaison avec d'autres histoires rapportées par les thérapeutes permettront de faire

lumière sur l'importance de la cyclothymie.

La deuxième partie porte sur le repérage des variations d'humeur et de ce qui peut les entraîner ou les aggraver. Les patients échangeront sur leur vécu de dépression et d'hypomanie, sur la prise de risque, les signes avant-coureurs, les méthodes personnelles pour s'en sortir. Puis ils seront amenés par les thérapeutes à découvrir leur trouble sous de multiples facettes et reconnaître les symptômes, pensées, émotions et comportements de la dépression et de l'hypomanie. Le but est de les repérer grâce à de multiples outils simples et efficaces afin de mettre en place le plus vite possible des stratégies de stabilisation. La régulation du sommeil et l'hygiène de vie seront prises en compte en tant qu'éléments moteurs de stabilisation de l'humeur.

Le troisième axe porte sur la prise de conscience des failles du patient cyclothymique : peur du rejet, souci de plaire, hypersensibilité à la critique, hypercontrôle, tester les limites, ... Les patients parleront de leurs expériences affectives, des ruptures, des crises de colère et d'impulsivité, des peurs qui les animent. Le but est de repérer que la cyclothymie comporte toujours les mêmes failles, dues aux variations d'humeur depuis l'enfance, et comprendre ce qui les motive, quel est leur impact sur les émotions, les comportements, les relations affectives, et leur conséquence dramatique dans les conduites à risque et les rechutes dépressives. Les thérapeutes poseront des questions logiques pour amener le groupe à remettre en cause ses peurs, tester de nouvelles pistes, et accepter de réagir bien plus aux situations objectives qu'aux peurs imaginaires.

La quatrième partie porte sur les pensées automatiques. L'objectif de cette partie est de comprendre que bien souvent ce n'est pas la situation qui pose problème mais l'interprétation de cette situation à cause d'automatismes mentaux qui entraînent des erreurs de jugement et des mauvaises prises de décision. La comparaison des histoires de chacun permettra à tous de comprendre l'impact des pensées automatiques, de l'impulsivité et de la colère, et leur rapport avec les failles psychologiques. Des techniques efficaces de gestion des pensées et des émotions seront proposées pour mieux adapter ses comportements. Les exemples des patients du groupe sont donc primordiaux.

La cinquième partie porte sur l'apprentissage de techniques d'affirmation de soi et de gestion des relations interpersonnelles afin de mieux communiquer, savoir demander, critiquer, refuser et se faire comprendre, et gérer les conflits. Les patients et les thérapeutes illustreront ces techniques grâce de jeux de rôles, afin de comprendre l'impact de l'émotion, et voir l'intérêt du concept d'empathie.

Être en groupe a un effet motivant et permet d'échanger sur les expériences et les souffrances de chacun. Chaque patient prend connaissance du vécu des autres participants et constate qu'il n'est pas seul à souffrir d'hypersensibilité, de hauts et de bas, de difficultés à gérer les relations interpersonnelles. Contrairement à un groupe de discussion, il est un lieu de travail actif sur l'amélioration des troubles. Chaque patient va échanger avec le reste du groupe sur ses idées, ce qu'il fait, ce qui motive ce comportement plutôt qu'un autre. Le groupe, en retour, va poser des questions logiques afin d'amener chacun à interroger et repenser ce qui sous-tend ses comportements et ses pensées.

Les patients désireux de compléter ou affiner le travail commencé dans ce groupe de 6 séances peuvent le faire par la suite en thérapie individuelle d'une heure par semaine ou toutes les deux semaines.

### **Psychothérapie cognitive des troubles bipolaires**

Le succès d'une thérapie cognitive repose sur la qualité de la relation thérapeutique basée sur la confiance, l'empathie, le respect et la compréhension du vécu du patient, qui permettent une meilleure acceptation des techniques proposées. Il est surtout très important dans toutes les étapes de la thérapie, de ne pas rentrer dans un conflit de pouvoir avec des patients qui ont une humeur exaltée, qui sont souvent irritables, super speed ou hypersensibles. Quand le patient est en phase dépressive, les techniques cognitives sont souvent les mêmes. Cependant, certaines techniques spécifiques à la BP, notamment la prévention des rechutes par le repérage des signaux d'alarme appelés prodromes, est utilisée quand le patient est en phase de stabilité ou quand les symptômes dépressifs ou hypomaniaques sont modérés.

L'apprentissage de la distinction entre une fluctuation « normale » de l'humeur et le début d'un épisode se fait à travers la technique du Monitoring de l'humeur. Or, accepter que les prodromes (premiers signes) maniaques ou hypomaniaques, contrairement à une bonne humeur, fassent partie de la maladie, est souvent difficile, surtout après une période de dépression où cet état est généralement super bien accueilli, tant attendu voire recherché. C'est généralement à travers la technique des bénéfices et des coûts que l'on arrive à examiner, à travers une analyse rétrospective des épisodes antérieurs, les conséquences d'une telle expérience. Il est important d'identifier les pensées automatiques « dysfonctionnelles » (présentes autant dans les phases dépressives que dans les phases maniaques) et de les modifier. Ce sont ces pensées qui nous donnent accès aux règles rigides et arrêtées qui régissent la vie de nos patients BP.

### **MONITORING DE L'HUMEUR**

C'est une composante clef surtout pour les patients qui ont expérimenté des rechutes fréquentes et qui associent les labilités de l'humeur normale aux épisodes de leur maladie, qu'ils interprètent comme des signes précurseurs de rechute : La fatigue, le ras-le-bol, la tristesse résultant des aléas de la vie quotidienne sont interprétés comme des précurseurs d'épisode dépressif et perçus comme alarmants. Il en est de même pour les sentiments de bien-être et d'appréciation des événements quotidiens qui entraînent parfois des restrictions au niveau des activités. Dans certains cas, c'est la situation inverse qui se produit et les patients s'obstinent à ne pas reconnaître des signes évidents d'hypomanie comme révélateur de signes précoces de la maladie. D'où l'intérêt, grâce au monitoring, de repérer les activités, les pensées et les croyances sous-jacentes, susceptibles de déclencher des épisodes thymiques. En amont, nous travaillons sur la distinction entre les fluctuations « normales » ou adaptées et les fluctuations pathologiques.

Nous expliquons au patient que l'humeur évolue sur une échelle qui va de -10 à + 10 :

La norme se situe entre -5 et +5 ;

Au-delà de 5 = signes précurseurs d'hypomanie ; +10 = manie

En-deçà de 5=signes précurseurs de dépression ; -10 =dépression



## **AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS D'ÊTRE EN HYPOMANIE**

Nous encourageons le patient à se fixer une tâche qui répertoriera les bénéfices d'être hypomaniaque ainsi que les coûts et les conséquences générés par les épisodes et l'ensemble de ses expériences passées. Plusieurs séances peuvent y être consacrées, dans l'objectif de les mettre sous forme de memo ou de n'importe quelle forme accessible au patient.

Les tactiques utilisées pour différer le comportement en hypomanie  
En hypomanie, la réalité et l'objectivité est biaisée. Il est très important d'aider les patients à retarder la mise en application de leur projet excessivement optimiste, à travers la distanciation : si c'est une bonne idée, ça le restera la semaine prochaine !

Une activité excessive peut être reportée par des questions que les patients peuvent se poser :

- Est-ce que j'ai vraiment besoin de faire ça tout de suite ?
- Qu'est-ce qui se passerait si je reporte ça tout de suite ?
- Qu'est-ce qui se passerait si je reporte ça à demain ?
- Qu'est ce qui se passerait si je suis super fatiguée ?

Ce sont ce genre de questions qui poussent le patient à réfléchir avant d'agir. D'autres formes de questions :

- Qu'est-ce que je gagne à attendre ?
- Qu'est-ce que je perds à attendre... ?
- Qu'en penserait mon meilleur ami en qui j'ai le plus confiance, de cette décision ?
- Si je devais le conseiller dans les mêmes circonstances, qu'est-ce que je lui recommanderais ?
- En attendant, qu'est ce qu'il serait utile de faire pour s'assurer que je prends la bonne décision ?

Et le psy de proposer : Qu'est ce que vous en dites d'aller chez vous et de réfléchir a tout ça et on peut se rencontrer dans quelques jours pour réévaluer la décision ?

Ces stratégies sont rapportées en séance et notées sur un carnet accessible au patient, notamment en situation d'urgence. Cependant, des degrés différents d'acceptation de ces tactiques sont rencontrés : certains y sont réticents car pour réussir dans l'action qu'ils doivent accomplir, ils doivent agir de suite sinon le projet n'aboutit pas. C'est dans ce genre d'intervention que la confiance et les rapports que l'on a avec le patient sont un élément clef. S'il pense profondément que le psy agit en sa faveur, il sera plus enclin à appliquer ce genre de stratégies.

## **STRATÉGIES DE STABILISATION DE L'HUMEUR**

Plusieurs séances sont consacrées à l'élaboration et la mise en place de stratégies en fonction de l'humeur pour arrêter la spirale descendante de la dépression ainsi que la montée fulgurante de l'hypomanie : tel que prendre un bain relaxant ou faire une bonne nuit de sommeil en début d'hypomanie, et se forcer à aller au restaurant avec de bons amis en début de dépression. Ainsi, une réévaluation des croyances du patient à propos des conséquences de ses actions sur son humeur est conduite si possible dans les

séances ultérieures

## **L'ANALYSE FONCTIONNELLE**

Durant la session qui se focalisera sur l'examen des pensées automatiques, de toutes les pensées avoisinantes ou associées à celles qui ont été initialement identifiées seront répertoriées par écrit. Puis grâce à un processus de collaboration, la pensée sur laquelle on va travailler est sélectionnée. Cette pensée doit être une pensée automatique concrète en rapport avec le problème fondamental du patient et associé à la liste déjà. Par un processus de questionnement socratique, les raisons qui font que le patient adhère à cette pensée sont discutées et écrites.

L'étape suivante est de collecter un maximum de preuves pour pousser le patient à adopter une autre perception de sa pensée ; face à une pensée concrète à réfuter, il faudrait des preuves concrètes à puiser dans des expériences antérieures. Il est important de mettre en avant les conséquences que peuvent avoir ce genre de « prédictions » !

Cependant, il est important de pointer que ces pensées peuvent contenir une certaine part de vérité et que l'objectif principal n'est pas de pousser le patient à la réfuter complètement mais de l'aider à la voir sous différents angles ou perspectives.

On explore ensuite les bénéfices et les coûts de ces pensées. Un autre moyen serait de chercher des explications qui sont des alternatives à celle donnée par le patient, une fois de plus, par questionnement socratique. Par exemple, pour examiner la pensée 'les gens se moquaient de moi au bureau', d'autres aspects de la situation doivent être explorés telles que ce qu'ils faisaient juste avant, dans l'objectif de s'assurer qu'ils ne riaient pas d'autres choses. Finalement, il est important de préciser au patient que c'est la remise en cause de ses pensées automatiques, qui est une des façons les plus efficaces de gérer ses fluctuations thymiques ;

Le piège, souvent, est que les changements cognitifs subtils qui se produisent à un stade précoce de manie/hypomanie peuvent être confondus avec une amélioration, notamment suite à un épisode dépressif ; d'où l'importance de la distinction entre un état de bien-être, de joie adaptés à des situations précises contextuelles et les signes précoces de maladie.

## **Les psychothérapies des jeunes bipolaires**

Elles ont pour objectifs de :

- Aider l'enfant/l'adolescent à comprendre la nature de son trouble, lui expliquant le lien entre l'intensité émotionnelle qu'il expérimente, ses variations rapides d'humeur et ses pensées, son comportement, ainsi que toutes ses activités à la maison ou à l'école, ses échecs scolaires, ses conflits avec l'entourage (ainsi que toutes ses difficultés de sommeil, endormissement tardif et réveils difficiles)
- Déculpabiliser les parents
- Gérer les conflits interpersonnels (avec la fratrie, les parents, les éducateurs, les enseignants ou les pairs)
- Améliorer les résultats scolaires ou de définir un projet qui respecte le tempérament du jeune et qui est plus adapté à son trouble

À travers au moins une dizaine de séances, le traitement va se concentrer en premier sur l'hygiène de vie du jeune. Par la suite, le thérapeute va aider le jeune à contrôler ses

variations humeurs, ses crises de colère voire ses crises de rage et tous les comportements agressifs, les provocations ainsi que la limitation des conduites à risque.

### Hygiène de vie

Les premières séances sont consacrées à l'hygiène de vie de l'enfant. Le travail se focalise sur le respect des rythmes sociaux, à travers la structuration de ses journées : . Respecter le cycle veille sommeil (dormir et se réveiller aux mêmes heures). Structurer les activités quotidiennes :

- Prévoir une heure pour les repas
- Délimiter un temps pour faire ses devoirs (fourchette), regarder la télévision, jouer sur l'ordinateur
- Organiser les loisirs et les sorties (notamment le week-end et durant les vacances)
- Préparer les changements (p. ex. déménagements)

Pour cela, un planning d'activités est élaboré en collaboration avec le jeune, et présenté dans un deuxième temps, aux parents, quand les circonstances se présentent (notamment avec les enfants)

### **Planning d'activités**

horaires	Lundi	mardi	mercredi	Jeudi	vendredi	samedi	dimanche
7.00	Réveil (sortir du lit direction douche, s'habiller)						
8.00	Petit-déj puis en route pour l'école						
9.00	Cours						
10.00							
11.00							
12.00							
13.00							
14.00							
15.00			Cours de peinture				
16.00							
17.00	Retour à la maison, Faire les devoirs		Cours				
18.00							
19.00	Dîner puis 15 min de télé						
20.00	Se brosser les dents						
21.00	Extinction des feux : Aller au lit						
22.00							

Nous établissons ainsi des règles « d'intérieur » précises en accord avec les adolescents ; avec les plus jeunes, nous les élaborons avec les parents, et nous les expliquons au jeune. Exemple :

- Pas de télé dans la chambre à coucher
- Pas d'ordinateur après 20h
- Dîner en famille à 19h30, rester à table durant toute la durée du repas (sans interruption par des coups de fil des copains)

Repérer les différents états thymiques

Il s'agit d'apprendre à l'enfant à identifier ses différents états d'humeur, de repérer avec lui, des signes d'alerte annonçant les rechutes, en analysant avec son psy les différents moments qui ont précédé les crises passées, mais aussi à travers le tableau de l'humeur, qui lui sert de garde-fou :

La technique du Mood Monitoring

Il s'agit d'identifier les différents états d'humeur par des smileys, pour repérer les signaux d'alerte des rechutes éventuelles ainsi que les situations favorables à l'excitation, la tristesse, les crises de colère, les stopper voire les prévenir

<i>Pour les plus jeunes</i>
Avec des smileys (visages)
☺ ☺ ☺ = trop bien ☺ ☺ = très bien ☺ = bien ○ = moyen/normal ☹ = triste ☹ ☹ = très triste ☹ ☹ ☹ = trop triste :@ = énervé :@ :@ = très énervé :@ :@ :@ = trop énervé

Exemple d'un tableau de l'humeur d'un jeune bipolaire de 14 ans

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<b>Matin</b> Commentaires	Réveil 10h30 😊😊 :@ crevé au reveil...envie de rien... j'ai dormi presque toute la matinée  😊😊😊	Réveil 10h 😊😊 crevé toujours...mon ordi rame sa me frustre, tout le monde m'insupporte :@ :@ :@ mais je reste aimable pour le paraître 😊	Réveil 9h 😊😊 je suis fatigué j'irais bien me recoucher...me rde je me suis levé une heure trop tot...je me suis fait viré du cours d'histoire pour avoir parlé a voix haute... O	Réveil 9h30 J'ai la flemme d'écrire, mes relations avec mes parents sont toujours conflictuelles ils sont constamment sur mon dos, prise de tête sur mes fringues que ma mère trouve Grunge c'est horrible... 😊😊😊 :@ :@	Réveil très chiant 😊😊 Le cours de math est nul, la prof est tellement débile et moche, si je lui pose plus d'une question, elle me dit que je prends la parole à la place des autres :@ :@ je ne dis plus rien, je n'écoute même plus ce qu'elle dit 😊
<b>Après-midi</b> Commentaires	Déprimé, l'école me soule...j'ai toujours envie de rien, les gens me semblent inintéressants je ne pense qu'à mes vrais amis 😊😊	je m'ennuie en cours ...j'ai envie de voir Pam et de rentrer chez moi... 😊😊	j'ai vu Mélanie...je suis content sa se passe bien!je suis content c'est trop bien en plus j'ai trop rigolé avec Mathieu, un copain 😊😊😊		
<b>Soir</b> Commentaires	YOUPI, j'ai croisé une nana de mon école qui me plaît, elle ma sauté au cou! 😊😊😊 mes s parents me font chié.mais jessaie d'être gentil et de répondre poliment. :@ couché a 2h00	sayait j'ai été chez Pam sa c'est très bien passé.je répare mon ordi et ma mèm me fait chié pour que je vienne mangé et me regarde réparer mon ordi disant que c'est de la merde et que ce sont des salauds de vendre du matériel defectueux.je craque.je l'envoie	mes parents me soulent je ne les supporte plus je suis toujours en conflit avec eux parce qu'ils me tournent trop autour et controlent tout ce que je fais...mais bon j'ai été o téléphone avec steph...donc tout va bien.C'est un		J'ai parlé au téléphone à Mélanie, je ne sais pas pourquoi mais elle ne m'intéresse plus 😊 c'est Sophie qui est trop canon, qui m'a envoyé un texto, j pense que je lui plais 😊😊😊 Chat sur MSn durant 3 heures, et plein de petits trucs  Coucher à 1h

Par ailleurs, le plus intéressant est de travailler en parallèle avec les évaluations de l'humeur de l'enfant, par la famille et de comparer les deux courbes « enfant » et « parents » ; cela permettra de réduire un grand nombre de quiproquos et de conflits générés par une mauvaise appréciation des changements de l'humeur.

#### Les « drapeaux rouges » et les alternatives comportementales

À chaque élément réuni durant l'entretien avec l'enfant, il est consigné dans la première colonne d'un tableau comme celui ci-dessous. Une fiche peut être établie pour chaque état (dépression, crises de colère, pensées suicidaires, conduite à risque). L'enfant apprend à identifier les moments où il va mal mais aussi à modifier sa réaction et la gestion de ces moments-là. De plus, cet outil permet d'établir une communication entre les jeunes et leurs parents, souvent difficile et conflictuelle.

Description	Comment me faire du bien ?	Comment les autres me font du mal	Comment mon entourage peut m'aider ?
Quand je me lève le matin de mauvaise humeur	Ecouter de la musique dynamisante	Je suis encore plus triste quand ma mère me dit que tous les ados sont difficiles	me faire un calin, meme si je suis grognon
La moindre parole émise par ma mère m'exaspère	envoyer un mail à mon copain Jeff, à chaque fois que je lui envoie un mail, je suis plus calme	les cris de ma mère	me dire qu'on m'aime
je commence à devenir allergique aux reproches	Aller sous la douche	mon père parlant de mes notes scolaires	me donner de l'argent pour aller chez le coiffeur
je pense que personne ne m'aime	Boire un chocolat chaud  mettre un DVD de dessins animés (Disney )	Ne pas me parler à ce moment-là de mes mauvaises notes	